



Queensland  
Government

**Additional Student Consent for Intimate  
Procedures (Simplified Chinese) -  
同意学生参与私密检查或手术的附加同意书**  
Adult (18 years and over)

Facility: .....

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

**A. 患者有行为能力吗?**

- 有 → 直接到 B部分  
 没有 → 填写A部分

您必须遵守预先健康指示 (AHD)。如果没有预先健康指示, 则应按照下列顺序从替代决策者那里获得同意:

- 第1类. 法庭指定的监护人  
第2类. 持久授权书  
第3类. 法定健康代理人

替代决策者姓名:

替代决策者类别:

**B. 先前的同意书**

您已经签署了手术或检查同意书。这份附加的同意书是请您同意临床学生观察/协助和/或进行私密的检查或手术。这是出于教学的目的。

私密检查或手术涉及在私密部位进行的检查或手术, 通常是乳房、生殖器或身体内部的检查 (阴道或直肠)。病人的文化价值观和信仰也可能界定什么是私密的。

**C. 出于专业培训目的、由学生进行的检查/手术**

为接受培训, 临床学生可以观察医学检查或手术, 也可以在您同意的情况下, 在患者处于麻醉状态时协助/进行患者的检查或手术。

我/替代决策者同意正在接受培训的临床学生:

- 观察检查/手术  同意  不同意
- 协助检查/手术  同意  不同意
- 进行检查/手术  同意  不同意

**患者/替代决策者的同意**

患者/替代决策者的姓名:

签名:

日期:

**D. 医生/临床医师须知**

我已经向患者/替代决策者解释了这些附加信息, 并且我认为他们已经理解了该信息。

医生/临床医师的姓名:

职位:

签名:

日期: